



Editorial



ACERCA DE LA LEY DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS Y NUESTRO PROGRAMA

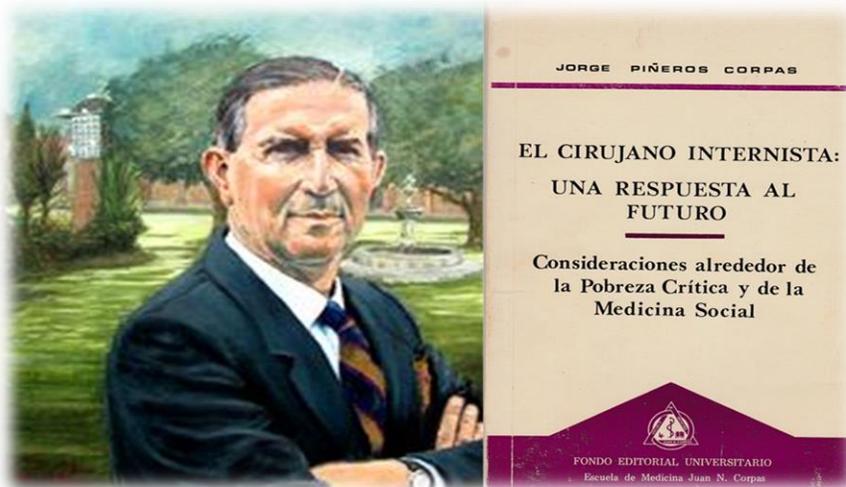
Juan Carlos González Quiñones[‡]



¡Qué momento interesante están viviendo los residentes medico quirúrgicos del país! La ley que les brinda un poderoso apoyo está por consolidarse y convertirse en realidad, faltando tan solo la sanción presidencial (1). Sin duda lo hará; es cuestión de justicia elemental.

Con este contexto es que he considerado importante abrir este diálogo sobre nuestro programa de posgrado hacia el cual siento un profundo vínculo. Por supuesto, lo que voy a expresar, solo me compete a mí y en ningún momento es el pensamiento oficial de mi facultad. Eso sí, forma parte de la ineludible exposición de opiniones que la vida académica necesita. Con esta necesaria aclaración comencemos.

Su origen



No me cabe duda de que este posgrado es, junto con el pregrado de Medicina, las razones originales que tuvo el doctor Piñeros para crear esta entidad conocida en su momento como Escuela de Medicina, hoy Fundación Universitaria.

Ambos desarrollos académicos están íntimamente unidos en su origen. La facultad en su momento quiso formar un médico con la capacidad de resolver el 85 % de los problemas a los que se podría enfrentar en la Colombia de la década de los años 1970. Cuando se graduaron las primeras promociones, surgió un cuestionamiento frente al cumplimiento de tal

anhelo; aún les faltaba, y una probable explicación estaba en que, si eran especialistas los que les enseñaban a los estudiantes, entonces ellos les inculcarían la necesidad de especializarse, alejándose de ese objetivo de formación integral que el doctor Piñeros intuía. Es así como piensa en formar un nuevo docente, al que concibe de forma integral, es decir, como un ejemplo en su asistencia (debe atenderlo todo) a cargo de la docencia de los estudiantes (docencia corporativa integral), al que denominó *Cirujano Interista* (2). En 1981 inició la apertura de los cupos con un programa que se fue construyendo sobre la marcha y al que le asignó cinco años de duración.

[‡] MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Un modelo



Residentes como futuros Cirujanos Internistas, 1985.

Cada uno de los médicos que nos fuimos vinculando a este programa, asumíamos un servicio, donde, acompañados por los especialistas, desarrollábamos la habilidad de enfrentar los casos, pero, además, dirigíamos las actividades de los estudiantes de pregrado. A ello se le agregó la participación con los especialistas en las clases magistrales que se dictaban

en la Escuela. Pretendía el doctor Piñeros que fuéramos un ejemplo; por eso, entregaba la clínica a dos o tres de nosotros a partir de las 5:00 p.m. para que asumiéramos la atención de todos los servicios, junto con los estudiantes. Por supuesto que podíamos acceder a los especialistas cuando los casos así lo ameritaban.

La actividad clave

Si algo nos podía representar de forma emblemática era que conocíamos a los pacientes asignados de forma completa y comprometida, siendo la fuente de comunicación con ellos y sus familias. ¡Nos identificaban!

Cambios

Así nos formamos las promociones hasta el año 1998; con un enfoque eminentemente hospitalario y un actuar por completo docente-asistencial. Cuando concluíamos, a los cinco años, accedíamos al título de Especialistas en Medicina Familiar Integral, denominación que se impuso en 1993 cuando oficialmente fue aprobada la especialidad (3) y, además, se recibía el título de Profesor Agregado de la carrera docente de la Escuela de Medicina. A partir de ese año, el programa tuvo una duración de solo tres años y la función académica se disminuyó. Por cierto, hasta 1998, todos los que ingresábamos recibíamos una bonificación y,

por supuesto, no se nos cobraba matrícula alguna. Éramos los instructores de carrera docente.

Desde entonces (1998), el programa se convirtió en una residencia médico-quirúrgica, homologable con otros programas y debidamente reconocida, donde los residentes pagan una matrícula y donde no tienen una responsabilidad docente para con los estudiantes de pregrado. Desde el inicio (1981), y hasta la fecha, se han formado alrededor de 100 especialistas. En el momento actual está en trámite la certificación de la acreditación del programa y, muy probablemente, se conseguirá.



¿Cómo concibe el Ministerio de Salud a la Medicina Familiar?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/sqAzLp>

El Gobierno promueve esta especialidad por considerarla clave para la implementación de la Política Integral de Salud (4). La concibe como un punto de encuentro en los equipos de cuidados primarios con los complementarios. De hecho, nuestra facultad se comprometió a promoverla a través de un aumento de cupos y el acompañamiento a otras facultades.

Creería que a nivel primario, un Médico Familiar ha de estar a cargo de la asesoría de varios equipos de Atención Primaria, los que a su vez, tendrían a su cargo a las familias y serían los responsables de la atención integral entendida como

“atención” cuando alguno de los miembros de la familia se enferme; “prevención”, entendida como el acompañamiento de los miembros de la familia en tanto estén y se mantengan sanos o, “rehabilitación”, donde el equipo asesorado por la especialidad (Medicina Familiar) deberá hacer frente a las enfermedades crónicas (5). Por ende, y por sobre todo, este Médico Familiar ha de ser un clínico formidable, pues él, junto con los equipos de APS, deben tener la capacidad de ser altamente resolutivos. Volviendo a nuestro pasado, ser capaces de resolver el 85 % de las consultas de los miembros de esas familias.



Además, lo concebimos como responsable de los servicios de hospitalización, en los cuales, con el apoyo de las especialidades, acompaña de forma integral al paciente hospitalizado, asumiendo el papel de ser ese interlocutor permanente, que coordina a los especialistas en torno a la atención y está dispuesto a comunicarse con la familia y coordinar lo necesario dentro del sistema de salud.

Por supuesto que, con base en la experiencia, hemos visto también el inmenso desempeño que puede tener en los servicios de urgencia, en donde su preparación integral, junto con la capacitación en procedimientos vitales, permite ser una respuesta inmediata a las situaciones prioritarias, siendo una excelente forma de resolverlas de manera cabal en esta puerta de entrada al sistema de salud.



La situación de las residencias médico-quirúrgicas



Explica la doctora Borrell (6) que existen dos dimensiones que se deben analizar en todas las residencias médico-quirúrgicas, la política y la educativa.

En torno a la política, insiste en que los países, a través de sus gobiernos, deben promover la cantidad de especialistas que necesitan y en las áreas que requieran. La atención de la población así lo exige. Claro, asimismo, deben analizarse las necesidades del mercado laboral con el fin de promover lo que en salud es clave, un futuro laboral justo para los especialistas. Esa combinación, necesidades de la población y condiciones dignas de ejercicio, han de determinar una

sana regulación donde el Estado y los gremios que representen a los especialistas busquen una adecuada planificación. De no hacerlo (como hoy sucede), se formarán menos especialistas de los que el país necesita, perjudicándose la población y permitiendo que los centros formadores fijen las tarifas que deseen, poniendo lo económico (el precio de las matrículas) como un factor restrictivo, lo que conlleva a la pérdida de la razón social de la especialidad (cuando egresa, el objetivo del especialista es ver retribuida tan alta inversión). ¿Cuál será la posición de Colombia en torno a esto? Mi impresión es que es ambigua, pero ciertamente se han hecho propuestas al respecto (7).

Lo educativo



European Training Requirements for GP/FM specialist training

En torno a lo educativo, el asunto es garantizar que los programas brinden la mejor preparación a los futuros especialistas (8). En tal sentido, uno de los aspectos claves son los docentes y, de ellos, los **tutores**, referidos como esos docentes que acompañan de forma directa a los residentes, siendo los responsables de inculcar y garantizar en ellos la preparación práctica. Ellos, junto con los estímulos para estudiar (**exigencia y dedicación**), constituyen dos ángulos en la preparación del residente; claro, en un escenario de prácticas (tercer ángulo) que asegure la casuística del desempeño (triángulo de la calidad). Dichos escenarios son, para la mayoría de las especialidades, los hospitales universitarios, hoy reconocidos en la mayoría de los casos como de tercer nivel (por el acceso a las especialidades),

donde, además de los residentes, están los estudiantes de pregrado. El equilibrio entre asistencia, tutoría y autoestudio probablemente constituya la triada en la que se sustenta la calidad.

En el caso de la Medicina Familiar, como escenario adicional están los ambientes comunitarios, donde, en particular, está el nivel básico de la APS, junto con los equipos primarios, como contexto propicio para esta especialidad. Por supuesto que en Colombia hemos de reconocer que aún el sistema de salud no avanza como debería y, de ahí, la crisis que existe en buena parte de los hospitales, incluidos aquellos que habitualmente han implementado la docencia y, que de forma muy breve y nítida explica Juan Carlos Giraldo (9).



La realidad de las residencias

Creo que en los hospitales donde hay residentes, ellos son los que asumen buena parte de la responsabilidad en la atención y son, de hecho, los profesionales con los que más se relacionan los pacientes. No es cierto (al menos a mis ojos) que ellos sean estudiantes sin responsabilidades asistenciales... No, ison eminentemente asistenciales! Y, habitualmente, sobrecargados de trabajo (10); pero, si al dar esa asistencia son guiados por buenos tutores, entonces la calidad de su formación cubre dos aspectos de los tres con que concibo la calidad (docencia-asistencia y autoestudio).

Estoy seguro de que la realidad es que los costos aseguran ingresos a los hospitales que preparan residentes, -valdría la pena hacer un estudio si existen dudas y puede servir de referente el efectuado por el Hospital San Ignacio (11)-, de ahí que creo que es un acierto que se piense en dejar de cobrarles las matrículas y que se les cancele una remuneración. Estos dos aspectos deben asegurar que los residentes se dediquen a estudiar en los momentos en que no están prestando asistencia y aprendiendo a través de las prácticas. Estudiar (12) se convierte en un elemento

fundamental que se ha de inculcar como hábito y, de ser posible, como gusto. ¿La razón? La tremenda velocidad con que cambian los conceptos, las prescripciones, determina que cualquier médico dedique parte de su jornada rutinaria a revisar (13), máxime hoy cuando el acceso a la información está prácticamente al alcance de todos. Será función de los tutores (14) estimular y evaluar su estudio, así como acompañarlos en la asistencia. Un buen programa debe garantizar que el residente no se sobrecargue con el servicio asistencial y concederle tiempo de recuperación cuando lo requiera. De no hacerlo, por supuesto que el agotamiento somete a los pacientes a riesgos tal y como lo demuestran diversos estudios (10, 12, 13).

La doctora Borrell considera que el tutor debe capacitarse debidamente como pedagogo pues la sola experticia, si bien es necesaria, no es suficiente. Tal vez tenga razón, pero creo que mucha de la calidad de los programas está determinada por el ejemplo integral del tutor a los ojos del residente; y, aunque no sea tan frecuente, lo concibo haciendo juntos la asistencia.

Nuestra residencia



Se trata de un programa bastante enfocado en la asistencia médica. Prueba de eso es la proporción de tiempo que pasan nuestros residentes en ambientes hospitalarios (75 % de los seis que constituyen la residencia) versus los ambientes comunitarios (sumadas las rotaciones en Faca, Medicina Comunitaria y consulta ambulatoria pueden equivaler a un semestre y medio, es decir el 25 %). Mi impresión es que no los impregnamos suficientemente de APS, pero debo reconocer que es más un problema del sistema de salud que no ha podido hacer real la Política de Atención Integral; la

fragmentación aún domina el panorama, sumado a una profunda crisis económica que determina que la situación de nuestro principal escenario de práctica sea tambaleante e inestable. Creo que hoy es muy difícil poner a disposición de las familias los equipos de cuidadores primarios responsables de unirse a ellas para darles el máximo de salud posible. Pero nosotros deberemos ser quienes luchemos por hacer de esto una realidad ¿Por qué? Porque somos el recurso humano capacitado.



Médicos generales solo resuelven 3 de cada 10 consultas que atienden

Gremio señala que limitaciones impuestas por el sistema es la principal causa.

- Comentar
- Facebook
- Twitter
- Guardar
- Enviar
- Google+



Imagen tomada de: <https://goo.gl/R2QXuQ>

Espero que esa preparación tan clínica nos forme muy bien y nos confiera la capacidad de resolver que tanto reclama el sistema.

El asunto

Es mi impresión que los escenarios hospitalarios académicos están luchando por sobrevivir debido a la incertidumbre del pago por la prestación, propiciando el predominio de la asistencia por parte de los residentes y resintiéndose la tutoría ideal. Diría que el déficit económico determinado por ese pago incierto de las EPS ha repercutido en la nómina de los hospitales docentes y ha hecho que se pierda una buena cantidad de los tutores que deberían tener para los posgrados (e incluso para el pregrado). El resultado es que los residentes, junto con los pocos docentes asistenciales que quedan en los hospitales, procuran atender todos los

pacientes quedando poco espacio para reforzar el aprendizaje (tiempo para revisar un caso o un artículo). A lo mejor, en forma práctica, los residentes tendrán un contacto desmesurado de casos, pero sin recibir la retroalimentación que deberían (14). De seguro las revistas asistenciales existen, siendo escasa la combinación de esta actividad con actividades académicas organizadas. Lo anterior somete al posgrado y al pregrado al inmenso riesgo de bajar la calidad educativa, lo que determinará un serio problema al sistema de salud.

Y ¿qué hacer?

No deben hacerse observaciones críticas sin propuestas. Así que para la situación que he planteado, propongo las siguientes alternativas.

Los hospitales académicos y las universidades se deben unir de forma sólida. Creo que tratar de separar la asistencia de la docencia es un error. La dirección de la clínica y la facultad han de ser una unidad docente asistencial. Eran una unidad en el pasado y deben volver a serlo.



La clínica se construyó como la principal aula de la Corpas y así debe permanecer. Concibo que lo mismo ocurrirá con el Hospital San Ignacio y la facultad de Medicina de la Javeriana o con la decanatura de la FUCS y el Hospital San José. Sin duda esas entidades y nosotros tenemos una condición privilegiada que siempre ha marcado y debe seguir haciéndolo. Pero, retomando nuestro programa, la misión

debe ser atender de la mejor forma posible a los pacientes, demostrando que el ser un centro docente fortalece tal misión (por encima de las IPS sin docencia). Insisto, en que, por tratarse de un centro académico, los pacientes reciben un plus que es el derivado del compromiso hacia ellos por parte de los estudiantes, tanto de pre como de posgrado, que asegura que sean vistos de la forma más integral posible.



En nuestro caso, donde la integralidad en la atención es uno de los pilares de nuestra creación, la actividad que mejor nos represente debe ser justamente eso: una historia clínica completa con enfoque biopsicosocial, con una atención donde cada paciente sabe e identifica cuál es el médico a cargo (que, sin duda, debería ser un Médico Familiar o un especialista igualmente comprometido), profesional que será el encargado de explicarle a él o a su familia su condición de salud. Él coordinará con otros especialistas toda la atención que requiera. Intuyo que tal profesional debe ser el tutor de los residentes (principalmente por el ejemplo que da en la atención de sus pacientes), que asuman ese compromiso de

conocer y ofrecer de la forma más integral la atención a los pacientes y las familias a su cargo.

De hecho, en nuestro caso particular, intuyo que el residente puede asumir la responsabilidad de dar la tutoría de los estudiantes de pregrado (cascada del aprendizaje, 15). Por eso, tanto el docente tutor de los residentes como ellos mismos (16), deberán recibir una formación pedagógica básica (8) que promueva el aprendizaje de esta cadena docente asistencial, sabiendo que es el ejemplo en la manera como atienden, la principal forma de enseñanza.

Los retos

Si la clínica y la universidad son una unidad, los docentes asistenciales deben ser presupuestados calculando el tiempo para hacer su labor asistencial y docente. De seguro será un estudio de costos (11) lo que permitirá dilucidar cuántos pacientes podrán atender, los que compartirán con los residentes a su cargo y con los estudiantes de pregrado. Su

función será ofrecer el máximo de salud posible a los pacientes que atienden, combinando esta actividad con actividades académicas que permitan que los residentes y los estudiantes se formen de la mejor manera posible. ¿Cómo se les medirá? Sin duda por la atención y la satisfacción de los pacientes atendidos.

La unidad docente asistencial

Solo, y de forma intuitiva, más como ejemplo, propongo que en la clínica cada docente tutor tenga a su cargo ocho pacientes por día, por los que debe responder de manera integral, compartidos con uno o dos residentes y, cada uno de estos a su vez, a cargo, como tutores, de dos internos, quienes compartirán con cuatro estudiantes. Así, la unidad docente asistencial sería, de 8 pacientes a cargo de un docente, dos residentes, 4 internos y 16 estudiantes. Han de cumplir con todas las responsabilidades asistenciales y académicas, que incluirían la atención de los pacientes

hospitalizados y la consulta de egreso para ver cómo evolucionan (esto es clave para medir las intervenciones efectuadas durante la hospitalización); dos actividades académicas a la semana bien preparadas (caso o tema o club de artículos) y la revisión individual de lo visto día a día. Intuyo que un número de ocho pacientes permitiría cubrir de la misma manera las actividades estrictamente derivadas de la atención y exigidas por la administración del Sistema General de Seguridad Social.

En consonancia

Digo y sostengo que los hospitales donde están las universidades presentes deben ser los pilares de la calidad en todo sentido. Allí, los pacientes deben ser tratados de forma impecable en torno al raciocinio científico y deben ser ejemplos de la cordialidad en la atención.

Involucrar a los residentes con el proyecto pedagógico resulta clave (15, 16). Por supuesto que deben recibir una inducción apropiada que incluya la capacitación en las exigencias de la administración hospitalaria actual. Intuitivamente creo que la

labor de los residentes en torno a la asistencia y a la docencia permite proponer que sus matrículas queden cubiertas y que, incluso, reciban una remuneración proveniente de la Seguridad Social para evitar que se sobrecarguen con empleos complementarios (los turnos en urgencias es la forma adicional como la mayoría de residentes sobreviven durante el tiempo de residencia), que lo único que determinan es que las condiciones de vida durante la residencia sean realmente deplorables.



En nuestro caso



La Medicina Familiar tiene un escenario adicional que es tan importante como el hospital, a saber, la comunidad. Creo que es justo reconocer que, al menos por ahora, la realidad de la APS a través de la Política de Atención Integral está aún lejana. No existen, al menos no como generalidad, esos equipos primarios a cargo de las familias bajo la estrategia denominada *Salud Familiar*. Mucho menos trabajos intersectoriales.

El Departamento de Medicina Comunitaria ha construido sus propios escenarios uniéndose con la comunidad. Muy seguramente en un futuro formarán parte del sistema de salud, pero hoy no sucede así. Por lo que hacemos, no se cobra al Sistema, así estemos haciendo salud colectiva. En dichos escenarios, la compensación del residente solo se puede hacer a través de la docencia.

Lo cierto

Es que esta nueva ley debe motivar una reflexión consensuada y justa del papel de los residentes en los hospitales, donde la calidad de su formación, así como la remuneración y el costo de las matrículas se evalúen de manera integral. Propongo volver a nuestros orígenes cuando los residentes eran tutores de los estudiantes y convertir la clínica, el pregrado y el posgrado en una unidad docente asistencial.

Así mismo...



Para ello planteo convocar un gran encuentro entre la facultad, la clínica y los residentes (incluidos los egresados), donde se perfile una propuesta que nos guíe tanto en el pregrado como el posgrado y nos permita cumplir con la misión social que nos dio origen y que tanto necesita Colombia.

¡Corpas vive!

Referencias

- (1) Caracol [Internet]. A sanción presidencial la ley que otorga salario a médicos residentes. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2018/06/07/judicial/1528329656_574384.html
- (2) Piñeros J. El cirujano internista una respuesta al futuro. Fedicor 1988.
- (3) Documento maestro de la Especialización de Medicina Familiar Integral 2014.
- (4) FUJNC. Política de Atención Integral de Salud. Ministerio de Protección Social de Colombia. Enero 2016.
- (5) Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista Brasileira de Educação médica. 2001; (25):2.
- (6) Borrell RM. Residencias Médicas en América Latina. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=6mmpCGcuV7c>
- (7) Reyes G, Ortiz LC. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá D.C., enero de 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf
- (8) Michels N., Maagaard R., Scherpbier N. Educational Training Requirements for GP/FM Specialist Training. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2018.
- (9) Los hospitales deberían ser mejor preservados por la institucionalidad estatal. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KMQtCUPWNIQ>
- (10) Tasker F, Newbery N, Burr B, Goddard AF. Survey of Core Medical Trainers in the United Kingdom 2013 - Inconsistencies in Training Experience and Competing with Service Demands. Clin Med (Lond). 2014 Apr;14(2):149-56. doi: 10.7861/clinmedicine.14-2-149.
- (11) Dirección General Hospital Universitario San Ignacio [Internet]. Estimación de costos de la docencia en el HUSI. Disponible en: <https://www.opinionysalud.com/wp-content/uploads/2018/05/ESTUDIO-COSTOS-DE-LA-DOCENCIA-septiembre-28-de-2007-3-1.pdf>
- (12) McCoy CP, Stenerson MB, Halvorsen AJ, Homme JH, McDonald FS. Association of Volume of Patient Encounters with Residents' In-Training Examination Performance. Journal of General Internal Medicine. 2013;28(8):1035-1041. doi:10.1007/s11606-013-2398-0.
- (13) McDonald FS, Zeger SL, Kolars JC. Factors Associated with Medical Knowledge Acquisition During Internal Medicine Residency. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(7):962-968. doi:10.1007/s11606-007-0206-4
- (14) Saedon H, Salleh S, Balakrishnan A, Imray CH, Saedon M. The Role of Feedback in Improving the Effectiveness of Workplace Based Assessments: A Systematic Review. BMC Medical Education. 2012; 12:25. doi:10.1186/1472-6920-12-25.
- (15) Méndez J, Mendoza H, Uri Torruco M. El médico residente como educador. In: Ed Med 2013;2(7):154-161
- (16) Bayter E, Cordoba A, Messier J. Residentes como docentes en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), proyecto de residentes formadores Repertorio de Medicina y Cirugía Volume 26, Issue 1, January-March 2017, Pages 27-34 <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.03.001>

